

Partnership Vroegsignalering Alcohol (2005-2013)

Gerard M. Schippers, Lex Lemmers en Liesbeth Naaborgh*

Het terugdringen van problematisch alcoholgebruik is - terecht - een belangrijk doel in het gezondheidsbeleid van de overheid van het afgelopen decennium. Vroegtijdige signalering en kortdurende interventies vormen daarvoor een belangrijk instrument, dat een positieve, bewezen kosteneffectieve invloed uitoefent. Vroegsignalering vraagt echter om gecoördineerde actie van meerdere partijen en dat is niet eenvoudig. Een partnership kan die samenwerking bewerkstelligen, wat in de afgelopen acht jaar is gebleken. Stimulering en coördinatie hebben geleid tot een krachtige verhoging van het aantal activiteiten. Het afgenomen alcoholgebruik, zeker onder volwassenen, hangt daar waarschijnlijk mee samen.

Inleiding

In Nederland wordt veel alcohol gedronken en deze hoge alcoholconsumptie gaat gepaard met een substantieel volksgezondheidsprobleem (Van der Lucht & Polder, 2010; WHO, 2010). Velen drinken meer dan gezond is. De gezondheidszorg is zich het probleem bewust, maar komt onvoldoende in actie. Ondanks de richtlijnen blijkt dat professionals in de gezondheidszorg alcoholproblemen bijna niet herkennen, waarschijnlijk doordat problematisch alcoholgebruik tot weinig specifieke klachten en symptomen leidt. Dit geldt voor huisartsen en op de spoedeisende hulp van ziekenhuizen. Men ziet het nog weinig als taak om iets aan het alcoholgebruik van hun cliënten te

* Prof. dr. G.M. Schippers is namens Arkin bijzonder hoogleraar verslavingsgedrag en zorgevaluatie aan het AIAR van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en voorzitter van het PVA. E-mail: g.m.schippers@amc.uva.nl.

Dr. A.C.J. Lemmers is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht en was tot 2010 projectleider van het PVA.

Drs. E.A. Naaborgh is wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut te Utrecht en projectleider van het PVA.

doen. Verwijzing naar de verslavingszorg vindt dan ook nauwelijks plaats. Buiten de gezondheidszorg heeft men eveneens onvoldoende oog voor alcoholproblemen, bijvoorbeeld in het onderwijs of op het werk. Omdat er geen directe lijn met de zorg is, leidt herkenning bovendien niet automatisch tot hulp.

Kortom: er is geen sprake van een effectieve zorgketen van voorzieningen voor mensen met alcoholproblemen. De samenwerking tussen verslavingszorg, gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, eerstelijnszorg, maar ook met scholen, vrijetijdscentra, buurt- en jongerenwerk en met gemeentelijke organen moet en kan veel beter. Zo'n verbeterde samenwerking kan, volgens de beste traditie van het polderen in Nederland, uitstekend door met alle partijen rond te tafel te gaan, met een op gelijkwaardige wijze uit te voeren coördinerende taak.

Doel en ontwikkeling

Een partnership is de samenwerking van organisaties die eenzelfde doelstelling nastreven. De doelstelling van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA), zoals geformuleerd bij de oprichting in 2005, is het coördineren, initiëren en ondersteunen van vroegsignalering en het doen uitvoeren van effectieve (secundaire en geïndiceerde) preventie en behandeling bij alcoholproblematiek. In december 2000 biedt de toenmalige minister van VWS, Els Borst-Eilers, aan de Tweede Kamer de *Alcoholnota* aan, over de intensivering van het beleid om alcoholmisbruik tegen te gaan (2001-2003). Daarin wordt een brede reeks van maatregelen aangekondigd, waaronder versterking van preventie en beperking van de beschikbaarheid. De nota bevat ook een pleidooi voor kortdurende interventies en vroege inzet van hulpverlening. Op grond van de succesvolle samenwerking van organisaties bij de uitvoering van het tabaksbeleid in de gezondheidszorg in het Partnership Stop met Roken¹, suggereert Peter Anderson, destijds als WHO-medewerker betrokken bij het Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA²) om ook ter bevordering van de vroege inzet van alcoholinterventies een dergelijk partnership in te stellen. Het NIGZ en het Trimbos-instituut nemen in 2004 het initiatief en met de nodige vertraging kan in september 2005 het Partnership Vroegsignalering Alcohol van start voor een eerste periode van drie jaar. In de doelstelling van het PVA zijn, ingaande op de beleidswensen van VWS, in de loop van de tijd accentverschuivingen opgetreden.

Eind 2006 biedt de minister van VWS, Hans Hoogervorst, de Tweede

1 Zie www.partnershipstopmetroken.nl/partnership/watisppp.html.

2 Zie www.phepa.net/units/phepa/html/en/dug/index.html.

Kamer de nota *Kiezen voor gezond leven* aan, waarin vroegsignalering van alcoholmisbruik opnieuw als een van de prioriteiten in het alcoholbeleid wordt gekozen. Belangrijke nadruk wordt daarin gelegd op het problematisch alcoholgebruik bij de jeugd. Er wordt zelfs een harde doelstelling geformuleerd, te bereiken in 2010, namelijk dat kinderen later beginnen met drinken en dat het gebruik van alcohol bij jongeren onder de zestien jaar wordt teruggebracht tot op het niveau van 1992. Mede op grond hiervan stelt het PVA in de tweede fase, van 2007-2010, zijn doelstelling bij. Het richt een Werkgroep Jeugd op en adopteert de activiteiten van het Delftse Reinier de Graaf Gasthuis in het project 'Voorkom alcoholshade jongeren', met een aanpak van onder invloed van alcohol op de eerste hulp aangelande jeugdigen.

Medio 2011 presenteert de minister van VWS, Edith Schippers, de *Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'*. Haar kabinet wenst minder sterk in te zetten op universele preventie, gericht op de algemene bevolking, zoals wet- en regelgeving en (massamediale) voorlichting, waaronder peereducatie, voorlichting in uitgaanssetting en websites. Wel zet het in op vroegsignalering, dat wil zeggen, op selectieve preventie gericht op risicogroepen die een vergrote kans lopen op drankproblemen (zoals kinderen van ouders met alcoholproblemen). Het kabinet zet ook in op geïndiceerde preventie, gericht op mensen met problematisch alcoholgebruik die nog niet de diagnose alcoholmisbruik of -verslaving hebben, bijvoorbeeld op gespecialiseerde spreekuren en internetdrinktests (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2011, p. 5-6). Het belang van vroegsignalering van alcoholproblemen om ernstige gezondheidsschade en verslaving te voorkomen blijft in het ministeriële beleid dus onverminderd van kracht. Op grond hiervan is het voorstel van het PVA voor een derde en laatste fase die zal duren tot en met 2013 gehonoreerd voor het jaar 2011 en waarschijnlijk ook voor de beide resterende jaren.

We zullen de activiteiten van het PVA hierna toelichten. Maar eerst enkele achtergronden.

Vroegsignalering van alcoholproblemen

Vroegsignalering is verwant maar niet identiek aan wat bij somatische ziekten meestal wordt aangeduid met vroegopsporing of screening. In het geval van vroegsignalering van alcohol is er geen sprake van bevolkingsonderzoek, maar van 'case-finding' bij mensen bij wie, in de gezondheidszorg of elders, vermoedens rijzen. Het gaat ook niet om het identificeren van een ziekte, als wel om het vaststellen dat er problematiek aanwezig is waar alcoholgebruik een grotere of kleinere rol in speelt. Toch kunnen we houvast ontleen aan de criteria waaraan

medische screeningsprogramma's moeten voldoen, namelijk dat ze a) omvangrijke gezondheidswinst opleveren (dat wil zeggen dat de gescreende gevallen een effectieve behandeling kunnen krijgen), b) dat er weinig ongunstige neveneffecten zijn, en c) dat er een redelijke verhouding is tussen kosten en effecten (De Koning, 2009).

Bij alcohol is zonder twijfel zowel sprake van een groot volksgezondheidsprobleem als van effectieve interventies. Dat geldt voor behandelingen in gespecialiseerde centra, welke evidentie onder andere ten grondslag ligt aan de NHG-standaard problematisch alcoholgebruik (Meerkerk e.a., 2005) en aan de Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol (2009). Het geldt ook voor diverse vormen van zelfhulp, dus bij mensen die zelf hun alcoholgebruik willen aanpakken, bijvoorbeeld via het internet (Riper e.a., 2009), eventueel met ondersteuning op afstand (Blankers e.a., 2011). Het geldt ook als het gaat om vroegsignalering en een daarop aansluitende kortdurende interventie. Op grond van die evidentie worden stimulering van vroegsignalering en kortdurende interventies zelfs, na beleidsmaatregelen gericht op beperking van de beschikbaarheid van alcohol, als de belangrijkste mogelijkheid gezien voor het terugdringen van het alcoholprobleem in de samenleving (WHO, 2009, 2010). In Nederland zijn vroegsignalering en kortdurende interventies dan ook vastgelegd in de genoemde richtlijnen.

Evidentie voor de effectiviteit van kortdurende alcoholinterventies in de eerstelijnsgezondheidszorg is recentelijk samengevat door Kaner e.a. (2007). Zij selecteerden 29 studies uit verschillende landen, waarvan vijf uitgevoerd bij de spoedeisende hulp. In die studies werden ruim 7.000 drinkers geobserveerd. Die waren gemiddeld 43 jaar oud en dronken gemiddeld meer dan 30 glazen per week. Degenen die de kortdurende interventie kregen, dronken na een jaar 2-5 glazen minder per week dan de controlegroep. Mannen profiteerden meer dan vrouwen. Interessant is dat in studies waarin dat vergeleken werd, langere behandelingen nauwelijks meerwaarde hadden. Ook voor interventies bij ziekenhuispatiënten is evidentie, zij het minder overtuigend. McQueen e.a. (2009) inventariseerden alle onderzoek naar kortdurende alcoholinterventies in het algemene ziekenhuis. Zij vonden 11 studies met in totaal 2.441 patiënten. Degenen die de interventie hadden ondergaan lieten een trend zien in de richting van minder drankgebruik in de interventiegroep, maar niet van minder binge-drinken, minder doden of minder vaak rijden onder invloed. Toch concluderen zij dat ook hier een kortdurende interventie van alcoholproblemen, na vroegsignalering ervan, effectief is.

Het tweede criterium is dat er geen belangrijke neveneffecten mogen zijn van screening. Die kunnen bij somatische ziekten aanzienlijk zijn (overdiagnose, vervroeging diagnose, beïnvloeden kwaliteit van leven), bij vroegsignalering van alcoholproblemen zijn die echter nauwelijks aan de orde. Hetgeen natuurlijk niet wil zeggen dat het aangesproken worden op de gewoonte te veel te drinken niet als lastig en bemoeierig kan worden ervaren.

Ten slotte moet vroegsignalering kosteneffectief zijn. Ook dat is het geval, zoals gemeld in de reeds genoemde WHO-rapporten. Ook in Nederland is dit vastgesteld. Tariq e.a. (2009) berekenden dat bij een goed ingevoerde praktijk van vroegsignalering en kortdurende interventies bij alcoholproblemen een levensjaar van goede kwaliteit gewonnen kan worden voor een bedrag van 5.400 euro, wat niet veel is tegen de achtergrond van de bereidheid in de Nederlandse gezondheidszorg om voor een gewonnen levensjaar 20.000-30.000 euro te betalen.

Kortom, vroegsignalering van alcohol voldoet aan de criteria en stimulering ervan is verstandig beleid van de kabinetten in het afgelopen decennium.

Activiteiten

Partners in het PVA zijn:

- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG);
- Centraal BegeleidingsOrgaan, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO);
- Scientific Institute for Quality of Healthcare van het UMC St Radboud (IQ healthcare);
- GGD Nederland (koepelorganisatie gemeentelijke gezondheidsdiensten);
- Reinier de Graaf Gasthuis te Delft (RdGG);
- kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren (tot voor kort van GGZ Nederland);
- Trimbos-instituut (budgethouder).

De eerste auteur, prof. dr. Gerard M. Schippers van het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR-AMC en Arkin), fungeert als onafhankelijk voorzitter. Om te bevorderen dat bij probleemdrinkers vroegsignalering en kortdurende interventies zo breed mogelijk worden toegepast, zijn voor jeugdigen, volwassenen en ouderen activiteiten ontwikkeld in zowel de eerste- en de tweedelijnsgezondheidszorg, in gemeentelijke preventieprojecten en in de verslavingszorg. De rationale voor deze aanpak en een overzicht van de praktijk in Nederland is

uiteengezet in het door het PVA samengestelde actieplan *Probleemdrinken aangepakt!* (Lemmers, Riper & Van Bijsterveldt, 2007).

Het PVA is er niet zozeer op uit om zelf nieuwe interventieprojecten uit te voeren, maar om relevante projecten in het land te ondersteunen en op elkaar af te stemmen. De aan het PVA deelnemende organisaties hebben daarbij vooral een coördinerende en stimulerende taak. De activiteiten bestaan steeds zowel uit het ontwikkelen als het bevorderen van de implementatie van bestaande of (enkele) nieuwe producten. Alle deelprojecten streven beide doelen na. Naar het voorbeeld van het kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren wordt als strategie gevolgd het beschikbaar stellen van kleine stimuleringsubsidies (niet meer dan ongeveer tienduizend euro), waarvoor (samenwerkende) instellingen kunnen intekenen met een uitvoeringsplan. De samenwerking wordt gecoördineerd in werkgroepen die in de verschillende deelprojecten zijn georganiseerd.

In de verschillende fasen zijn de volgende deelprojecten opgezet.

- Lokaal alcoholbeleid in gemeenten. Verantwoordelijk: Trimbos-instituut en NIGZ (fase 1).
- Preventieprogramma alcohol. Verantwoordelijk: Afdeling LSP van het Trimbos-instituut en NIGZ (fase 1).
- Alcoholconsultatie in de eerste lijn. Verantwoordelijk: IQ healthcare, in samenwerking met verslavingszorginstellingen (fase 1).
- Implementatie van de NHG-standaard problematisch alcoholgebruik in de huisartsgeneeskunde. Verantwoordelijk: NHG (fase 1).
- Vroegsignalering van overmatig alcoholgebruik in een tweedelijnsomgeving. Verantwoordelijk: IQ healthcare en CBO (fase 1, 2 en 3).
- Vroegsignalering in de eerstelijns- en publieke gezondheidszorg. Verantwoordelijk: NHG, GGD Nederland en IQ healthcare (fase 2 en 3).
- Vroegsignaleringsprotocol jongeren. Verantwoordelijk: Trimbos-instituut (fase 2 en 3).
- Voorkom alcoholschade jongeren. Verantwoordelijk: Reinier de Graaf-ziekenhuis, Delft (fase 2 en 3).
- Ouderen en alcohol. Verantwoordelijk: Trimbos-instituut (fase 2 en 3)
- Trainingsmodule motiverende gesprekstechnieken. Verantwoordelijk: AIAR-AMC (fase 2).

De eerste fase van het PVA (2005-2007) wordt besteed aan de ontwikkeling van standaardproducten en het creëren van draagvlak voor deze producten, vooral in de eerste lijn en bij gemeenten. In de tweede fase (2007-2010) wordt in de eerste lijn gewerkt aan invoering van de ontwikkelde producten, terwijl in de tweede lijn pilotprojecten worden opgezet om voorbeeldpraktijken te onderkennen. Voorts wordt een

vroegsignaleringsprotocol voor jongeren ontwikkeld en wordt het project 'Voorkom alcohol schade bij jongeren', geïnitieerd door het Reinier de Graaf Gasthuis te Delft, bij het PVA ondergebracht. In de derde (en laatste) fase ligt de nadruk op invoering van de ontwikkelde producten, met name in de tweede lijn.

Het PVA heeft een reeks producten voortgebracht. Acht daarvan zijn direct toepasbare handleidingen of protocollen: voor lokaal alcoholbeleid, alcoholconsultatie in de eerste lijn, signalering bij jongeren, voorkomen van alcohol schade bij jongeren, signaleren bij volwassenen in de eerste lijn, preventie door de verslavingszorg, over ouderen en vallen op de spoedeisende hulp en voor motiverende gespreksvoering. Daarnaast is een reeks rapporten, literatuurstudies en factsheets samengesteld.³ Het PVA deed voorts kond van zijn werk in een reeks congressen en themadagen, zoals op het mede door het PVA georganiseerde Nationaal Alcoholcongres (januari 2006), de Dag van de Verslaving (oktober 2007), het Tweede Nationaal Alcoholcongres (december 2009) en het symposium 'Help! Verzuip uw patiënt of cliënt?' (december 2010).

De activiteiten van de deelprojecten zijn nader omschreven in vijf bijdragen aan dit themanummer. De drie deelprojecten in de eerste lijn worden beschreven in een enkel artikel. De deelprojecten 'Lokaal alcoholbeleid', 'Preventieprogramma alcohol' en 'Trainingsmodule motiverende gesprekstechnieken' worden niet besproken, omdat deze reeds geheel zijn afgerond (de verslagen ervan zijn te vinden op de website van het PVA). De overige deelprojecten worden elk in een afzonderlijk artikel besproken.

Evaluatie en toekomst

Wij menen dat het PVA succesvol heeft gefunctioneerd. Uiteindelijk zal dat moeten blijken uit het behalen van de doelstelling: terugdringen van de schade als gevolg van alcoholgebruik. In de afgelopen jaren is de consumptie van alcohol in Nederland redelijk stabiel gebleven, met zelfs een geringe daling in 2009. Het percentage probleemdrinkers daalde tussen 2001 en 2009 en het aantal cliënten in de verslavingszorg steeg niet verder. Ofschoon het alcoholgebruik van schoolieren is afgenomen tussen 2003 en 2009, evenals het percentage jongeren onder de zestien dat alcohol bestelde of kocht, is het percentage binge-drinkers niet gedaald. Bij jongeren onder de zeventien neemt het aantal opnamen in algemene ziekenhuizen nog steeds toe. Wat

3 Alle producten zijn te vinden op www.vroegsignaleringalcohol.nl/producten-pva.

betreft het alcoholgebruik van jongeren is er dus wel sprake van een gunstige trend, maar ook dat we er, zeker wat betreft het overmatig gebruik, bepaald nog niet zijn.

Deze cijfers, gepresenteerd in de *Nationale drug monitor 2010* (Van Laar e.a., 2011), zijn uiteraard geen bewijs voor de effectiviteit van de activiteiten van het PVA, maar ze hebben er ongetwijfeld aan bijgedragen. Het Partnership heeft ertoe geleid dat de deelnemende organisaties, die tot dan toe los van elkaar hadden gewerkt, elkaar en elkaars werk beter hebben leren kennen en in een coöperatieve sfeer hun programma's op elkaar hebben afgestemd. Dat constateert ook Jansen (2008) in een in opdracht van VWS uitgevoerde evaluatie. Dat is een verdienste, gezien de gebrekkige coördinatie die organisaties op tal van beleidsterreinen in Nederland vaak kenmerkt. Het aantal producten en activiteiten van het PVA is aanzienlijk en de kosten ervan zijn met ongeveer driehonderdduizend euro per jaar beperkt gebleven. Ondanks dat is het van belang dat een partnership een tijdelijke aanlegenschap blijft, ten einde niet zelf een instituut te worden en innovatie elders te hinderen. Het is daarom verstandig om na negen jaar (in 2013) de huidige constructie en doelstelling los te laten. Bij jongeren is echter nog nauwelijks sprake van afgenomen problematiek (zie ook Van der Gaag, 2011). Gezien de gebrekkige samenwerking en de beperkte activiteiten van jongerenhulpverleningsorganisaties op het gebied van alcohol en andere middelen is het de vraag of er niet een pleidooi zou moeten worden gehouden voor een Partnership Jeugd en Verslaving. Dit zou kunnen profiteren van de ervaringen van het PVA en tot een gezamenlijke beleidsinspanning kunnen leiden. Het model van een partnership heeft zich wat dit betreft wel bewezen.

Literatuur

- Blankers, M., Koeter, M., & Schippers, G.M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for harmful alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 330-334.
- Gaag, van der R.J. (2011). *Adviescommissie kwetsbare jeugd en verslaving*. (Rapport in opdracht van Resultaten Scoren aangeboden aan Ministerie VWS.) Utrecht: GGZ Nederland.
- Jansen, H.A.M. (2008). *Evaluatie van het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA)*. Rapport. Rotterdam: IVO.
- Kaner, E.F.S., Dickinson, H.O., Beyer, F.R., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J.B., Burnand, B., & Pienaar, E.D. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 2, article CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub3.

- Koning, H.J. de (2009). *De mysterieuze massa*. (Inaugurale rede.) Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F., Croes, E.A., Brunt, T., & Ketelaars, A.P.M. (2011). *Nationale drug monitor 2010*. Utrecht: Trimbos-instituut/WODC.
- Lemmers, A.C.L., Riper, H. & Bijsterveldt, M. van (2007). *Actieplan Probleemdrinken aangepakt! Utrecht: Partnership Vroegsignalering Alcohol*.
- Lucht, F. van der, & Polder, J.J. (2010). *Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter*. Bilthoven: RIVM.
- McQueen, J., Howe, T.E., Allan, L., & Mains, D. (2009). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3, article CD005191. DOI: 10.1002/14651858.CD005191.pub2.
- Meerkerk, G.J., Aarns, T., Dijkstra, R.H., Weisscher, P., Njoo, K., & Boomsma, L.J. (2005). NHG-standaard problematisch alcoholgebruik. Tweede herziening. *Huisarts en Wetenschap*, 48, 284-285.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). *Preventienota. Kiezen voor gezond leven*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011). *Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2000). *Alcoholnota. Brief van de Minister van VWS, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001*, 27 565, nr. 2. Den Haag: Sdu.
- Riper, H., Straten, A. van, Keuken, M., Smit, F., Schippers, G.M., & Cuijpers, P. (2009). Curbing problem drinking with personalized feedback interventions. A meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 36, 247-255.
- Tariq, L., Berg, M. van den, Hoogenveen, R.T., & Baal, P.H. van (2009). Cost-effectiveness of an opportunistic screening programme and brief intervention for excessive alcohol use in primary care. *PloS One*, 27, 4(5): e5696.
- Werkgroep MDR Stoornissen in het gebruik van alcohol (2009). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- World Health Organisation (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Kopenhagen: WHO Regional Office Europe.
- World Health Organisation (2010). *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneve: WHO.